

## GUATEMALA

Guatemala alcanzó lo establecido en la resolución WHA58.2 con respecto a la meta 6C de los ODM en el 2008 y, para el 2014, la morbilidad por malaria había disminuido un 90,3% en comparación con el 2000 (figuras 1 y 2). Se notificó una reducción del 20,7% de los casos desde el 2013. En los dos últimos años se notificaron dos muertes relacionadas con la malaria.

Figura 2. Número de casos y muertes por malaria en Guatemala, 2000-2014

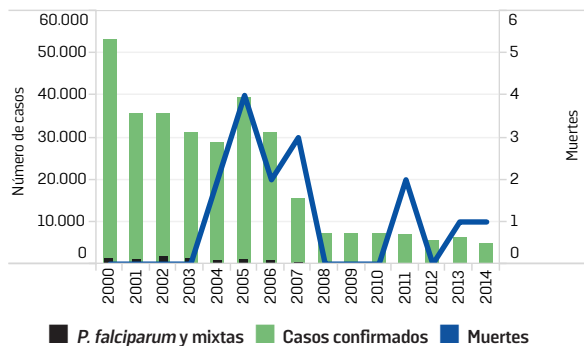
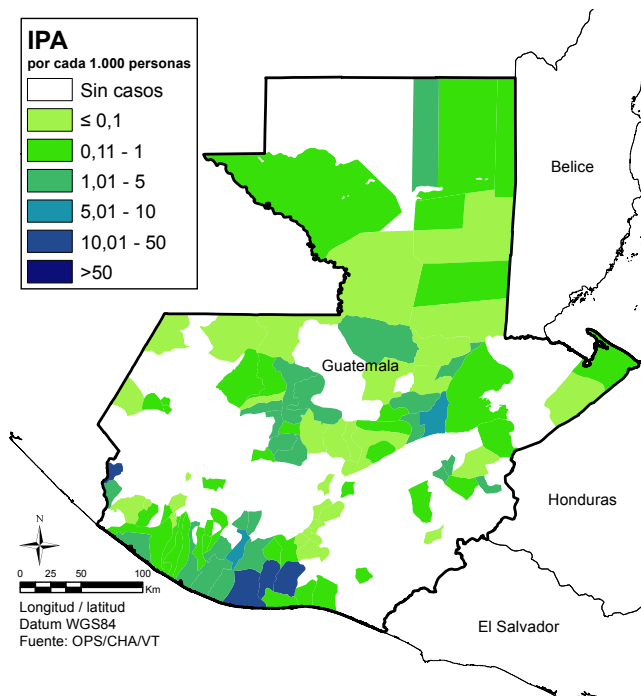


Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de municipio (ADM2), Guatemala, 2014



A lo largo de la costa del Pacífico se observa la mayor incidencia de malaria, en particular en el departamento de Escuintla. Dos municipios adyacentes de Escuintla, La Gomera y Masagua, representaron un 48% de los casos en el 2014 (figura 3). Los habitantes de estos municipios trabajan principalmente en fincas agropecuarias y plantaciones de caña de azúcar. En el 2014, La Gomera fue el municipio con el mayor número de casos en la subregión

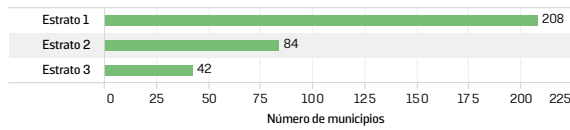
de Mesoamérica. Las condiciones precarias en que viven los trabajadores migratorios de Guatemala y de otros países centroamericanos en este departamento durante la temporada de la cosecha son ideales para la transmisión de la malaria. El Salvador ha notificado casos importados que contrajeron la infección en Escuintla y que produjeron brotes de malaria en ese país en los últimos años.

Figura 3. Municipios (ADM2) con el mayor número de casos de malaria en Guatemala, 2012-2014

Municipio	Departamento	2012	2013	2014
La Gomera	Escuintla	1.231	1.739	1.700
Masagua	Escuintla	509	580	666
Panzós	Alta Verapaz	843	409	383
Cotzumalguapa*	Escuintla	472	459	284
Tiquisate	Escuintla	459	273	223
La Democracia	Escuintla	81	299	206
La Tinta**	Alta Verapaz	243	208	140
Chisec	Alta Verapaz	292	230	101
Senahu	Alta Verapaz	82	54	89
Retalhuleu	Retalhuleu	0	143	88

\*Santa Lucía Cotzumalguapa  
\*\*Santa Catalina La Tinta

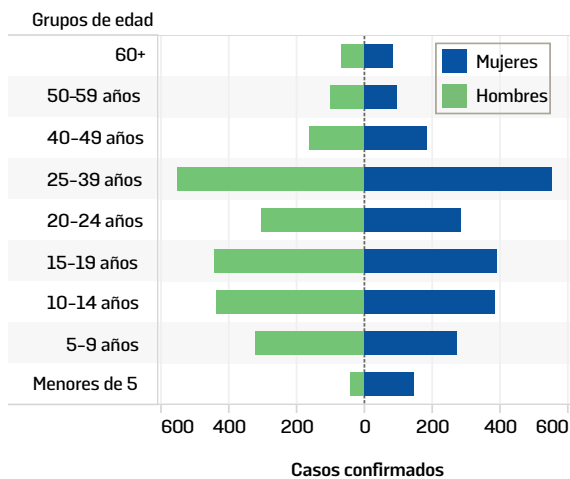
**Figura 4. Número de municipios (ADM2) por estrato en Guatemala, 2012-2014**



Estrato 1: Ningún caso autóctono de malaria en 2012-2014;  
 Estrato 2: <math>\leq 1</math> caso por 1000 habitantes en 2012-2014;  
 Estrato 3: >1 caso por 1000 habitantes en 2012-2014.

En el departamento del Petén, en el norte del país, la malaria era muy endémica al comienzo del milenio, pero en el 2014 se notificaron solo el 2,3% (n=100) de los casos del país. El departamento del Petén abarca tres áreas de salud: Petén Sur Oriental, Petén Norte y Petén Sur Occidental. En el 2014, el área de salud Petén Sur Oriental (que abarca cinco municipios del departamento del Petén) notificó solo un caso originado en esta área de salud; en los demás casos, la infección se había contraído en otras partes del país. Alta Verapaz es un departamento con tasas elevadas de pobreza y una gran comunidad de indígenas q'eqchi' que notifica muchos casos de malaria. En Guatemala hay una migración constante de trabajadores agrícolas que entran y salen de zonas donde la malaria es endémica, lo cual aumenta la tasa de importación de malaria en las zonas sin endemividad. La calidad de la información de vigilancia no es adecuada y no abarca todas las unidades de salud públicas y privadas. Por lo tanto, el número real de casos podría ser mayor que el notificado.

**Figura 5. Casos de malaria por edad y sexo en Guatemala, 2014**



*Anopheles albimanus*, *An. pseudopunctipennis* y *An. darlingi* son los principales vectores de la malaria en el país. La mayoría de los casos de malaria se deben a *Plasmodium vivax*, aunque *P. falciparum* está presente en el país, especialmente en el departamento de Escuintla. Aunque en el país se han diagnosticado casos por *P. malariae* en el pasado (48 casos en el 2005), en los últimos años no se notificó ninguno oficialmente, lo cual pone de relieve las brechas en el sistema de vigilancia.

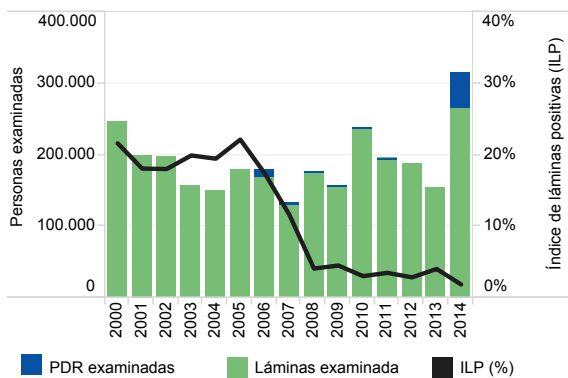
El grupo más afectado fue el de 25 a 39 años de edad (figura 5). Esto indica que la malaria está relacionada con la ocupación y que las personas que pasan más tiempo al aire libre posiblemente corran un riesgo mayor de contraer malaria. La transmisión es alta durante la estación seca, que va de enero a marzo.

**Diagnóstico y tratamiento**

El número de láminas examinadas y PDR aumentó en el 2014 (figura 6). Aunque se hizo un número sin precedentes de PDR para detectar la enfermedad en el 2014, la microscopía sigue siendo el principal método de diagnóstico. Las PDR se usaron en las zonas endémicas para detectar más casos, especialmente en las zonas rurales. El ILP ha seguido disminuyendo en los últimos años (compatible con la notificación de casos) y fue del 1,87% en el 2014.

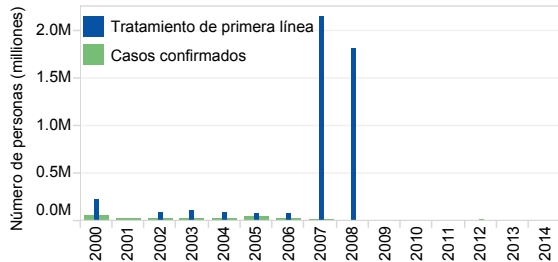
Se usa cloroquina y primaquina como tratamiento de primera línea para las infecciones tanto por *P. falciparum* (tratamiento de tres días) como por *P. vivax* (tratamiento

**Figura 6. Láminas examinadas, PDR examinadas, e ILP en Guatemala, 2000-2014**



de 14 días). Se informa que, tanto en el 2007 como en el 2008, casi dos millones de personas recibieron tratamiento de primera línea para la malaria (figura 7). Recientemente, el país ha notificado desabastecimientos de antimaláricos. La disponibilidad de antimaláricos reviste suma importancia para la eliminación de la enfermedad.

**Figura 7. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Guatemala, 2000-2014**

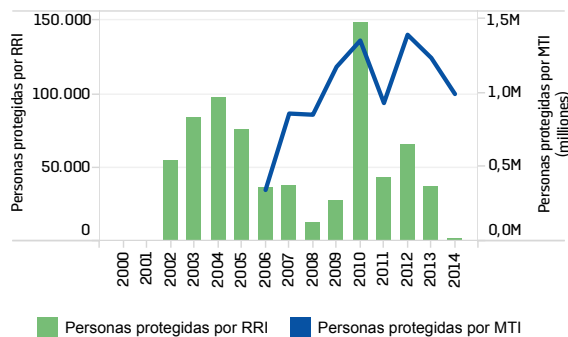


\*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para los años 2001, 2009, 2010, 2013, y 2014.

### Control de vectores

El uso de MTI disminuyó desde el 2013, pero incluso así los mosquiteros protegieron a casi un millón de personas (figura 8). El RRI disminuyó sustancialmente en el 2014 debido a la escasez de recursos. En cambio, se prestó especial atención a la limpieza de criaderos y al uso de MTI. En las campañas de intervención participan miembros de la comunidad y se los capacita sobre métodos de control de vectores.

**Figura 8. Personas protegidas por RRI y por MTI en Guatemala, 2000-2014**

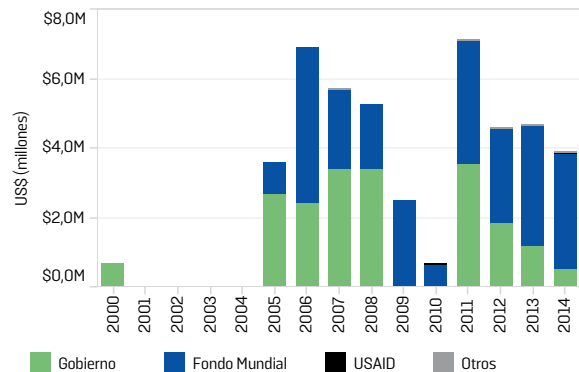


\*No se dispone de datos para los años 2000-2001.

### Financiamiento

El gobierno proporciona fondos para el control de la malaria (figura 9). No había información acerca de los fondos públicos destinados a la malaria en el 2001-2004 y 2009-2010. La mayor parte de los fondos de fuentes externas proviene del Fondo Mundial. La USAID también ha contribuido por medio de la Iniciativa AMI/RAVREDA. La iniciativa EMMIE comenzó en el 2014 y ha proporcionado recursos adicionales. La Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud también proporcionó apoyo en calidad de asociado técnico en el 2014. Las empresas agrícolas del sector privado aplican políticas de responsabilidad social, ya que sus empleados y comunidades circundantes se ven directamente afectados por la malaria.

**Figura 9. Financiamiento para la malaria en Guatemala, 2000-2014**



\*No se dispone de datos sobre el financiamiento para el 2001-2004, ni los fondos proporcionados por el gobierno para el 2009-2010.